COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

(Sesión celebrada el día 3 de setiembre de 2019).

SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las15:08).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«La Cámara de Representantes remite copia de la versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por el señor representante Pablo Abdala, relacionadas con la aprobación del decreto reglamentario de la Ley n. º 19728, sobre el tratamiento de la fibromialgia.

La Junta Departamental de Maldonado remite copia de la versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por la señora edila Graciela Ferrari, relacionadas con la lactancia materna, y la señora edila Cristina Pérez, relacionadas con la necesidad de que los alimentos y medicamentos incluyan texto informativo visible en el envase sobre el contenido de gluten.

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto invita al lanzamiento de "Estrategia de Desarrollo 2050"». Esto ya pasó.

«Los representantes sociales en el Directorio del Banco de Previsión Social invitan al "Diálogo social para abordar los desafíos de la seguridad social".

Informe del Ministerio de Salud Pública, elaborado por la Dirección General de Secretaría de dicho ministerio, sobre la investigación desarrollada respecto de los desfibriladores externos automáticos». Fue distribuido el informe que el ministro Basso, cuando estuvo, dijo que estaba pronto pero que debía hacerle algunos ajustes; los señores senadores lo tienen en sus despachos.

«Las personas con diabetes y la Asociación de Diabéticos del Uruguay invitan a la conferencia sobre costo social y económico de la diabetes y la estrategia para atenuarlo, el lunes 9 de setiembre, a las 19 horas, en la sala Idea Vilariño de Antel.

La Comisión Nacional Asesora de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y el Grupo Nursing Now en Uruguay invitaron a la jornada de lanzamiento oficial de la campaña "Nursing Now" en nuestro país. La misma se realizó en el Salón de Actos del ministerio el lunes 26 de agosto a las 13:30 horas.

La Mesa Ejecutiva de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay invitó al acto que tuvo lugar el lunes 26 de agosto en la sala Acuña de Figueroa del edificio José Artigas, con motivo de haberse celebrado el pasado 17 de agosto los 20 años de la sanción de la Ley n. º 17154, que regula el ejercicio de la profesión de psicólogo y que pone a Uruguay a la cabeza de los países latinoamericanos con esta profesión regularizada desde hace tanto tiempo.

Con motivo de celebrarse el décimo aniversario de la promulgación de la Ley n. º 18591, de 18 de setiembre de 2009, relativa a la profesión médica y a la creación del Colegio Médico del Uruguay, invitan a dicha celebración que se realizará el mencionado día a las 19:00 horas en la sede del CMU.

El ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, invitó a participar de la 10. ª Conferencia de Invierno de Oncología: "Principales políticas públicas y avances terapéuticos para el control del cáncer". La misma se llevó a cabo el sábado 31 de agosto de 2019 a partir de las 8:00 horas en la Biblioteca Nacional, Auditorio Dr. Carlos Vaz Ferreira (Av. 18 de Julio 1790)».

(Ingresa a sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y de la Asociación de Psiquiatras del Interior).

–La Comisión de Salud Pública recibe con mucho gusto a los representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, de la Asociación de Psiquiatras del Interior y de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

Les cedemos la palabra.

SEÑOR ALMADA.- Mi nombre es Ramiro Almada y represento a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Para nuestra presentación preparamos un documento –traje algunas copias para dejar–, cuya lectura pensamos seguir para que nuestro planteo sea más ordenado.

En junio de este año las sociedades que nuclean a los psiquiatras del país –la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Asociación de Psiquiatras del Interior y la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia– coincidimos en hacer pública una declaración en la cual manifestábamos nuestra preocupación por la situación en la atención a la salud mental que brinda ASSE. Esta surgió luego de constatar un progresivo deterioro en dicha atención, situación para la que confluyeron circunstancias tanto históricas como recientes, al tiempo que advertimos la falta de acciones por parte de las jerarquías para detener el proceso y revertirlo.

En varias ocasiones, desde los distintos centros, hospitales y unidades de la periferia se tramitaron reclamos por la vía institucional sin que ello fuera seguido de mínimas respuestas satisfactorias. Fue necesario que la mencionada declaración tomara estado público para instalar un diálogo con ASSE a efectos de lograr la mejora de la situación.

En síntesis, nuestros reclamos sostienen lo siguiente.

En el punto número uno hablamos de la falta de autoridad y presencia de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE en los servicios que le corresponde gestionar. Si bien muestra disposición para intentar resolver problemas, hay una disociación entre esta y las redes de atención primaria –que toman decisiones de gran impacto– y también con las autoridades centrales.

Como punto número dos, destacamos la ausencia de especialistas en psiquiatría en varios departamentos, o bien colegas radicados allí pero que no atienden en ASSE.

En el tercer punto señalamos que algunos hospitales del interior prescindieron de los servicios de la especialidad, lo que sobrecarga a colegas de otros departamentos sin que ASSE compense la tarea.

En el cuarto punto decimos que en ASSE Montevideo y área metropolitana, los psiquiatras trabajan en peores condiciones en general que en el sector mutual y atienden población cuyo contexto socioeconómico limita las posibilidades de intervención. Los colegas renuncian o se jubilan y se multiplica la tarea de quienes permanecen en los cargos. Esta situación también se produce en el interior del país.

En quinto lugar, subrayamos que el desarmado de equipos que tenían buen rendimiento, ha sido frecuente. Así, los criterios de gestión, lejos de fortalecer los dispositivos de salud mental han llevado a su debilitamiento o disolución. Esta situación es muy patente también en el interior del país dado que al dependerse de los diversos criterios de gestión de los directores de turno, el debilitamiento de los equipos o su mantenimiento dependen de su voluntad, identificándose una falta de autoridad de la Dirección de Salud Mental, que no incide como sería necesario.

En sexto término, destacamos que el Hospital Vilardebó se encuentra colmado; muchas personas están allí por orden judicial y no corresponden sus largas internaciones. Los pacientes

crónicos tienen estadías prolongadas en un hospital de agudos, ya que no tienen a dónde egresar y los pacientes agudos no encuentran lugar ni recursos para ser atendidos.

En séptimo lugar, en el caso de la infancia y la adolescencia, también se prolongan los tiempos en los hospitales, con la iatrogenia que esto implica, por la ausencia de dispositivos de egreso, centros de día, etcétera. Además, existe un incremento de patología en la infancia que es imposible atender como corresponde por la desintegración de equipos de atención al niño y su familia. En el interior no se cuenta con guardia de retén en psiquiatría pediátrica por lo que en casos de urgencia, los pacientes y sus familias son trasladados de un departamento a otro o al Hospital Pereira Rossell. Asimismo, hay largas listas de espera en policlínicas.

En octavo término, existen problemas en la disponibilidad de medicamentos así como sobrecarga de todo el sistema, lo que no permite un seguimiento clínico apropiado de los pacientes.

Estos puntos resumen las reivindicaciones que hicimos en aquellos planteos iniciales.

A partir de la repercusión pública de nuestra declaración, el directorio de ASSE instaló una mesa de diálogo, con la que se pretende avanzar en la búsqueda de soluciones. Hemos traído a esta comisión parlamentaria los reclamos e inquietudes arriba reseñados en forma breve, para comunicarlos a nuestros representantes. Además, queremos trasmitir especialmente nuestra gran preocupación respecto al futuro en lo que a este tema refiere.

En 2017 fue promulgada la Ley n.º 19529, conocida como «ley de salud mental», enmarcada en una perspectiva que reivindica derechos y que ha estado contextualizada en un discurso que plantea un cambio de modelo que, además de proponer un enfoque de promoción y prevención en salud, establece un sistema que privilegia la atención comunitaria y el primer nivel de atención, así como un proceso de desinstitucionalización que establece el cierre de las instituciones asilares y las denominadas «monovalentes», comprendiendo en este caso los lugares en que se ingresan únicamente pacientes por motivos psiquiátricos.

Observamos con preocupación que luego de haber transcurrido dos años de la entrada en vigencia de esta ley, no se han producido cambios mínimamente significativos en la dirección que ella establece. Muy por el contrario, constatamos que los acontecimientos han llevado a que las cosas se estén orientando en la dirección contraria.

Si bien concordamos con el cese de ingresos a los Ceremos –como hoy se denomina a las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi; solo se cambió su denominación–, es uno de los aspectos que confirma la naturaleza y gravedad de lo antes expresado.

Tal hecho y el que no se haya producido la apertura de los dispositivos de egreso propuestos en la ley, ha llevado a una superpoblación de pacientes crónicos en el Hospital Vilardebó. También el debilitamiento fáctico de los equipos de salud mental en la periferia ha conducido a un redireccionamiento de la atención de muchos pacientes hacia el hospital. Resulta paradojal que transcurridos dos años de la promulgación de la ley, la población del Vilardebó se haya hipertrofiado y la atención en la comunidad se haya debilitado.

La hipertrofia del Hospital Vilardebó se acompaña de otros problemas. Las históricas dificultades para su administración y gestión siguen sin ser debidamente atendidas por el poder central.

SEÑORA PRESIDENTA.- Le damos la palabra a la señora Mónica Silva para que continúe con la lectura.

SEÑORA SILVA.- El permanente cambio de las autoridades –cuatro direcciones distintas en los últimos tres años, a modo de ejemplo– es más bien consecuencia que causa de la imposibilidad de gestionarlo adecuadamente. La gestión de una institución no es un problema de modelos de atención en salud mental.

La dirección de salud mental de ASSE emitió en 2018 un programa progresivo de propuestas para la implementación de la ley. Sin embargo, en la última Rendición de Cuentas, el presupuesto otorgado a ASSE con tal fin, ha sido insignificante, y la destinación de los insuficientes recursos para la salud mental se realizó en base a una redistribución interna.

De acuerdo al mencionado plan y tomando como ejemplo solamente la regional sur, para el año 2019 debería contarse con unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía: ocho plazas en el Hospital Español y seis en el Pereira Rossell; unidades de atención en crisis en emergencia en hospitales generales: dos en el Hospital Maciel y Pasteur; apertura de una casa de medio camino en Montevideo con veinte plazas; una residencia de apoyo para personas con trastornos mentales graves, con veinte plazas y otra para personas con Uso Problemático de Sustancias (UPS), también con veinte plazas. Además, deberían haber ingresado al sistema, licenciados en psicología y en enfermería.

Esta situación se repite en todo el país con el consiguiente déficit de unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía que genera la internación de pacientes con patología psiquiátrica y un importante número de pacientes en desintoxicación en salas de medicina general, que no tienen las características necesarias para su tratamiento y seguridad, así como las condiciones para un adecuado tratamiento de los otros pacientes con patologías médicas generales dado que se encuentran en un medio compartido. Esto implica riesgos, por ejemplo, suicidios.

Hasta el momento, ya en el último trimestre del año 2019, no se ha ejecutado ni una de las acciones propuestas.

Tampoco hemos tenido novedades con relación al diseño de programas para la capacitación e inserción laboral, es decir, todo lo que es la integración al territorio.

Reconocemos que los cambios deben realizarse de forma progresiva, programada y sistemática. La ley mandata el diseño de un Plan Nacional de Salud Mental, que está terminando de realizarse en estos momentos, a dos años de promulgada la ley. No creemos que la falta de un plan justifique la carencia de acciones en el sentido que establece la ley, ni mucho menos los caminos que cursa la actual realidad, orientados en el sentido contrario.

El Poder Legislativo estableció una normativa que pone fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y «monovalentes» para el año 2025. «Cerrar» es más sencillo que «abrir», pero la verdadera clave para la apertura es la generación de las estructuras para sustentar el modelo que la ley propone. Se corre el riesgo de que, encandilados por un discurso que se centra en el cierre de las estructuras monovalentes, no se cumpla con el programa de apertura de los espacios alternativos correspondientes.

Si fuese así, se estaría corriendo igual suerte que en otras partes del mundo, donde el cierre de las instituciones psiquiátricas sin una red alternativa de recepción de los pacientes condujo a verdaderos dramas de la salud pública. Lo vemos en la calle hoy en día.

La ejecución del plan requiere grandes esfuerzos, no solo presupuestales, sino también, fundamentalmente, organizativos y administrativos. A nuestro modo de ver y desde nuestra perspectiva que, obviamente, no es la de los legisladores ni administradores, la realidad no se cambia solo con leyes sino con la ejecución de políticas apropiadas.

Lamentaríamos mucho si constatáramos que tras la promulgación de la ley de salud mental, aprobada por todos los partidos políticos, hubiese existido tan solo una expresión de deseo carente de una consistente intención política y acciones consecuentes.

Se ha abundado discursivamente en los beneficios de la «desmanicomialización», muchas veces incluso de manera poco informada, prejuiciosa y dogmatizada. La noción de «manicomio» utilizada de manera peyorativa para designar una institución, encierra sin embargo el concepto de abandono y marginación de los enfermos mentales. Lejos estaría en la noción de «lógica manicomial», limitarse a las paredes de un edificio. Promover una ley que establece el cierre de las instituciones, sin que se generen las acciones sustitutivas, sería una manera cruel y sistemática de abandonar a su suerte a muchas personas, vulneradas una vez por su enfermedad y luego también por la sociedad. Sería, paradojalmente, una verdadera aplicación sistemática de la «lógica manicomial».

Destacamos, además, que en este momento estamos en un proceso de intercambio amable, que intenta ser constructivo, con las autoridades de ASSE, con el objetivo de que algunas de las situaciones descritas mejoren. Aportamos nuestra perspectiva, se han prometido modificaciones y estamos expectantes.

Quizás en algunos casos esto se pueda hacer a corto plazo, aunque la sensación predominante es que las soluciones de fondo requieren cambios radicales. Seguramente, estos cambios requerirán recursos económicos y humanos y esa es una de las razones por las que estamos aquí, para dejar sentado que, más allá de las mejoras de gestión que puedan realizar las instituciones ejecutivas –dígase ASSE–, es necesario que dispongan de una parte del presupuesto que les permita llevar adelante los cambios previstos. Mientras estos no se efectúen, nuestras asociaciones continuarán denunciando la mala calidad de la atención en salud mental en ASSE, que redunda en el sufrimiento de la población más vulnerable y también afecta el desempeño y la calidad de vida de los técnicos que trabajan en el ámbito de la salud mental, incluyéndonos a nosotros, los psiquiatras.

Es esencialmente por lo antedicho que hoy venimos aquí a la comisión a denunciar las condiciones y la situación actual y a señalar enfáticamente el tema de los recursos económicos otorgados para que la ley de salud mental pueda conseguir verdaderos avances, dado que sabemos que el ámbito parlamentario es relevante en tal sentido.

SEÑOR CASTELLI.- Yo soy de Artigas. Saludo especialmente a la compañera Mónica Xavier así como a todos los integrantes de la comisión.

La esencia de lo que nosotros pensamos está compactada en forma muy clara en el documento que acaba de ser leído. De todos modos, quisiéramos agregar un par de aspectos que pueden ayudar a aclarar algo más la situación, que se viene prolongando desde hace mucho tiempo. Esto no es solamente un problema de gestión actual –aunque está allí reflejado y sin duda es muy importante–, ya que en lo que tiene que ver con la psiquiatría, ya hace 50 años recibimos la visita de un especialista de la OMS y de la OPS, el doctor Pierre Chanoit, quien nos hizo una crítica muy dura con respecto al mantenimiento de un modelo asilar en nuestro país. Luego el país tuvo la dictadura y cuando se dio la reapertura democrática se hizo el plan nacional de salud mental, que adoleció de los mismos problemas que estamos planteando ahora pero en una situación mucho más fácil de solucionar. En ese momento –en los años 1986 y 1987–, se dio la falta de presupuestación y de seguimiento del plan. Si bien hubo avances en ese momento y en el interior logramos radicación de psiquiatras y la implementación de un modelo psicosocial –que es lo que planteaba el asesor de la OPS–, surgió luego una problemática que se sumó a todo esto y que fue la de las drogas, que generó una distorsión, una multiplicación y una complejización de la atención. Eso ha llevado a que las pocas herramientas que teníamos –y que en aquel momento estaban funcionando bastante bien o muy bien– no dieran abasto en el siglo XXI. En este siglo nos hemos topado con una multiplicación muy grande de los pedidos de asistencia, de los reclamos sociales y de los reclamos de la familia. Entonces, en este aspecto tenemos una problemática muy grande.

A esto se agregó una problemática fundamentalmente de gestión. Parece que no sería lo más correcto plantear hoy que tenemos únicamente un problema de gestión, pero es principalmente un problema de gestión lo que nos ha llevado al desarmado de los equipos. Esto está vinculado al enfoque de ASSE de que la dirección de salud mental no sea la que dirija y defina las políticas a realizar en este período. Esa falta de visión en la gestión ha llevado a que la salud mental esté a cargo de las direcciones de los hospitales y a un desmembramiento de los equipos muy importante. Esta es una de las razones por las que estamos haciendo este planteamiento.

En cuanto a la ley, quiero decir que esta ha permitido un avance muy claro en cuanto a concepto, pero mientras no la presupuestemos adecuadamente y no tengamos un modelo adecuado, vamos a tener una ley preciosa, con una serie de ideas muy lindas, pero que no estamos llevando adelante. Es decir, salir de las estructuras monovalentes o del viejo modelo asilar, implica un cambio muy importante que requiere una inversión en salud mental. Y eso es lo que estamos reclamando. Hace cincuenta años se nos viene diciendo, hace treinta años se planteó en el plan de salud mental y ahora, con la ley, se vuelve a plantear la idea de terminar con las estructuras monovalentes –es decir, con las colonias y el modelo asilar–, pero tenemos que tener alternativas porque los enfermos siguen siendo enfermos y no podemos, de ninguna manera, decir: «Cerramos», y que vayan a la calle. Eso es totalmente inadecuado e ilógico, sobre todo en nuestro país, donde siempre hemos tenido especial cuidado en todas estas cosas.

Ese es nuestro reclamo. Sentimos que hay un problema de gestión, hay un problema de modelo y hay un problema de presupuestación, que nos parece fundamental.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero decir que se han sumado los doctores Daniel Ayala y Osvaldo Bianchi a la delegación que nos acompaña.

SEÑORA SILVA.- Creo que el tema infancia y adolescencia tiene que cobrar un peso esencial en esto. No tenemos solamente un incremento de patologías –que acompaña el incremento de trastornos psiquiátricos en la infancia a nivel mundial, con implicaciones y causas diversas–, sino que tenemos también un tema grave de violencia y de exclusión del sistema escolar...

Después nos asombra cuando en los diarios aparecen los abusos sexuales y los homicidios, pero esto está directamente vinculado a las patologías familiares, que tienen que ser detectadas y atendidas precozmente. En todos los casos que hemos visto en la prensa en estos últimos tiempos, sale el cuestionamiento: «¿Qué pasó con la escuela que allí no se dieron cuenta? ¿Qué pasó con la policlínica?». Faltan recursos y por eso muchas veces se nos escapan de las manos las situaciones. Nadie puede en cinco o diez minutos atender a un paciente y comprender la dinámica familiar o detectar un abuso detrás de un trastorno de comportamiento. Lleva tiempo, la salud mental lleva tiempo, y ese tiempo se necesita para trabajar.

Tenemos un tema gravísimo de fracaso escolar y un tema gravísimo de consumo de sustancias, ¿en ciertas clases? Principalmente sí, pero se da en todas. La violencia la vemos en las consultas de todas las clases sociales. Eso es salud mental y hay que atenderlo; esos son los chiquilines que dentro de diez años van a ser adultos y van a estar enfermos.

SEÑOR CÁCERES.- Mi nombre es Carlos Cáceres, de la Asociación de Psiquiatras del Interior.

Creo que es un tema un tanto vasto. Estamos hablando de dificultades estructurales, de poner en funcionamiento estructuras y una muy buena ley que tiene nuestro país, muy nueva; pero también estamos hablando de problemas de gestión, de estructuras que ya están. Sería bueno saber si esto que estamos planteando, que es muy vasto, está siendo claro, si se entiende. Pretendemos poner luz en alguno de los aspectos, quizás el más «sencillo» –entre comillas–, el que incluso no precisa de recursos económicos.

Una de las cosas que se nombró tiene que ver con la descentralización de ASSE, que constituye todo un enfoque. Es un enfoque que, en general, está muy bueno, que plantea que en cada departamento las direcciones puedan tener un diseño acorde a lo que aparentemente se necesita. En la parte de salud mental –seguramente habría que repensarlo a nivel del país– se precisa un enfoque que, de alguna manera, centralice las ideas y cómo llevarlas a cabo. No se puede dejar eso en manos de los directores, que en algunos casos –aclaro que no he tenido malas experiencias personales, por suerte, pero otros sí– han llegado a desarmar equipos. Por ejemplo, trasladan a un asistente social, a una nurse o a un psicólogo porque les viene mejor que estén en otro lado, y así se desarman cosas que estaban funcionando bien. Y hay otras cosas que, por lo menos, hay que replanteárselas. Es necesario tener planes referidos a determinados temas en la salud, que haya un pensamiento desde lo central con un enfoque técnico que redirija un poco los esfuerzos en cada lugar. Esa es una de las cosas que menciono porque, a veces, entre todo lo que hablamos puede pasar desapercibido.

La otra cosa que quisiera denotar es que, más allá de la relevancia de la ley de salud mental y del hecho de que está muy bien que las estructuras monovalentes hay que cerrarlas –no hay estructuras alternativas por ahora, eso es lo más grande de todo y es en lo que, sin la menor duda, hay que volcar los recursos–, también tenemos que pensar que por lo menos hoy día faltan, en todos los lados del país, estructuras de internación agudas; en algunos lugares hay, pero en muchos no. A veces ocurre que hay 13, 14 o 15 pacientes en un hospital, en salas de medicina general, y hay una persona con un infarto de miocardio o una neumopatía al lado de alguien que tiene un delirio agudo y no sabe lo que hace, o de una persona que está en una abstinencia de sustancias y tampoco sabe lo que hace en ese momento. Ahí están mal atendidos los que están por la parte psiquiátrica, pero también los que están por la medicina general. O sea que urge tener en todo el país las salas de internación con la adecuada estructura y el rigor científico y ético, como en todos lados del mundo. Hay casas de medio camino, casas asistidas; se están desarrollando, pero estamos a tal punto de riesgo, tan alto en cuanto a lo que pueda suceder y lo que ha ido sucediendo, que se pide que haya una premura importante en todo esto porque los riesgos son severos para los pacientes de medicina general, los de psiquiatría, los que tienen adicciones y para el personal de salud, todos ellos: enfermeras, médicos, directores y administradores de hospital.

SEÑORA PRESIDENTA.- Destaco la importancia del tema que ustedes traen. Es una enorme preocupación y le tocó a esta comisión sancionar la ley de salud mental y derechos humanos. Por

tanto, los legisladores no nos desprendemos del seguimiento de las leyes, más allá de que no es nuestra responsabilidad específica su reglamentación; pero creemos que tenemos responsabilidad en su posterior aplicación.

Como muchos, recorro los hospitales y encuentro de las dos cosas. Veo lugares en donde el primer nivel de atención está desarrollado y, entonces, han logrado incorporar la atención que no había antes. Ustedes se refieren a hace cincuenta años, pero en este Parlamento se discute desde hace ochenta años la necesidad de tener una ley más inspirada en los derechos de las personas con afectaciones en su salud mental. Sin duda, no es un tema sencillo aquí ni en el mundo y supuso mucha discusión y consenso, que no suponen unanimidades en cada uno de quienes tuvimos oportunidad de opinar.

Me preocupa lo que dicen respecto a que algunos hospitales prescindieron de los servicios de la especialidad, porque acá también hay tensión con relación a cuánta descentralización y cuánta no descentralización. Entonces, reconocen que la descentralización es necesaria, pero advierten que no hemos llegado a un nivel en materia de atención y criterios unánimes o consensuados de salud mental acerca de cómo impartir esta atención, de forma que cada hospital tenga este tema regulado. Por supuesto que puede ser una de las alternativas seguir en esta área para llegar progresivamente a ese fenómeno de descentralización. Creo que son experiencias importantes para la comisión, porque son insumos que nos permiten ir elaborando y ajustando los planes en este sentido.

Lo otro que quería decir es que sin duda el tema presupuestal es fundamental; en la última rendición de cuentas se incrementó el gasto y estuvimos juntando moneditas. Por un lado, confirma que es un tema difícil de colocar en la prioridad –no es el único– y, por otro, que había habido una disminución en el crecimiento del país y por lo tanto había menos para repartir. Creo que, más allá de lo que veamos en el transcurso de la reunión, cuando se empiece a discutir el presupuesto nacional en la próxima legislatura ustedes deberían solicitar una entrevista para venir a plantear esta prioridad. Sin duda que hay necesidad de tener continuidad, pero esta legislatura termina, vendrán otros legisladores y si bien, efectivamente, nosotros tenemos una iniciativa del Poder Ejecutivo para asignar los recursos, el Poder Legislativo también tiene la capacidad de redistribuirlos. Considero que la cuestión de la oportunidad para volver a sensibilizar al nuevo Parlamento con este tema –humildemente lo recomiendo– debería tener prioridad en el próximo año.

Como dije, me parece que mi visión es matizada en cuanto a que algunas cosas se han hecho, pero sin dudas muy pocas en función de que los recursos no han sido suficientes. Además, costó conformar la comisión, ahora hay que elaborar el plan; todo tiene una gran complejidad y lentitud en este sentido. Me parece que una de las cuestiones que debemos lograr es ver dónde están en concreto los obstáculos. La ley constituyó un avance indiscutido por más que algunos quieran más una cosa que otra. Si pudiéramos concretar la totalidad sería fantástico, pero avanzar en la concreción supone dar pasos muy beneficiosos para la gente que necesita que esa ley los proteja en sus derechos.

Me preocupaba saber si ese punto 3.º, que refiere a cómo se prescindió de vuestros servicios en algunos hospitales, obedece a que aún no hay un nivel suficiente de conciencia y de capacidad en el sentido de que la descentralización debe ser efectiva y no desentendimiento, con lo cual si cae uno que tiene la cosa clara sale bien y si no sale mal.

Me parece importante que mantengan ese proceso de intercambio amable –como lo caracterizan– con las autoridades de ASSE porque creo que el objetivo de todos es mejorar, en el menor tiempo posible, las condiciones de quienes necesitan de nosotros –desde donde nos encontremos– para mejorar su atención.

A todo esto se suma el problema de la carencia de especialistas. Habrá una mala distribución; habrá más necesidad de asistencia en algunas áreas –que, quizás, esta no la tiene–; habrá un montón de cosas y otros procedimientos que acerquen las distancias, pero hay un problema del cual ASSE es absolutamente consciente: la escasez de profesionales en algunas áreas.

La verdad es que nosotros hemos ensayado modificaciones a la ley de residencia, pero tenemos un diálogo bastante sordo con las partes que aplican la ley; sentimos que, a pesar de que la hemos *aggiornado*, siempre hay una excusa por la que se tranca. Creo que nos ha faltado sinceramiento en esa discusión, porque desde que se ha creado el sistema, la preocupación de las comisiones de salud ha sido –además de cumplir con los postulados– tener quién lo lleve adelante con racionalidad y eficiencia, en el conjunto del país, lo que ha sido muy difícil de lograr.

Entonces, quería hacer esa pregunta y dejar esta constancia.

SEÑORA PASSADA.- En primer lugar, les agradezco la presencia.

Como decía la señora presidenta, no importa cómo presenten la situación, para nosotros es relevante esta instancia porque representa un seguimiento de la Ley de Salud Mental aprobada en esta comisión, para lo que, realmente, realizamos un trabajo muy fuerte. Entonces, a veces es bueno tener el retorno de lo que pasa en territorio una vez que la ley se está aplicando; para nosotros es un elemento importante, como así también saber si hay cosas para corregir. Si las hay, este puede ser el ámbito para hacerlo, y se lo haremos saber a través de la presidenta de la comisión en la que ustedes están trabajando para tener el aporte, la mirada de lo que se estuvo realizando a partir de esta ley.

Con respecto a la reglamentación, estando en plena discusión ya sabíamos que, por la forma en que se habían logrado algunos acuerdos –inclusive en la integración de la propia comisión de seguimiento–, se presentaría alguna complicación e iba a llevar más tiempo del que hubiéramos querido. La realidad fue otra y lograr el consenso tampoco fue fácil; no fue sencillo lograr que más de treinta organizaciones se pusieran de acuerdo en un tema tan sensible y, de alguna manera, eso estuvo presente.

En cuanto al tercer punto, que tiene que ver con la descentralización –también lo planteó la señora presidenta–, es cierto que, recorriendo distintos lugares del interior, uno percibe que a veces se pierde alguno de los servicios que, por distintas circunstancias, se traslada dentro del mismo departamento o a departamentos cercanos, y quedan desarmados algunos equipos, cosa que afecta directamente. Quizás hay que poner la mirada en eso, y es algo que le compete a la mesa en la que ustedes están trabajando.

Otro planteo que habíamos recibido de las distintas cátedras en el momento de la discusión de la ley era que se estaba trabajando en el cambio del modelo de atención. Para nosotros, en el momento de la discusión, ese era un elemento más que importante: saber cómo se involucraban las cátedras en este proceso, no fuera cosa que, después de tener la ley, ese trabajo quedara por el camino.

Nos preguntamos, como decía la señora presidenta, cuántos egresan del área de psiquiatría infantil o, mejor dicho, qué posibilidades hay para que la persona pueda dar atención mientras termina el posgrado –lo mismo aplicaría para los psiquiatras en términos generales–, y esto, sin lugar a dudas, afectaría al propio sistema en el cambio.

Además, me gustaría saber si ha sido previsto en la mesa de trabajo que la figura monovalente vaya hacia un cambio diferente de atención. ¿Esa lógica tiene una complementación real? Si la hay, ¿cuál es el camino? De lo contrario, debe ser objeto de discusión de la mesa, porque es parte del contenido de la ley.

Al menos, mi intención era hacer referencia a estos temas que nos parecen importantes, sobre el cambio del modelo de atención y el que marca la propia ley, en la conjunción de los distintos organismos como el ministerio de vivienda y el de trabajo; hay una interinstitucionalidad que va más allá del trabajo de descentralización.

SEÑOR CASTILLO.- Damos la bienvenida a la delegación que nos visita el día de hoy que, como todas, logra ilustrarnos sobre las distintas problemáticas que abordamos y que en algunas, como en esta, me declaro neófito y trato de aprender de lo que nos explican. De todas maneras, voy a decir un par de cosas que complementan algunas de las preocupaciones que han sido manifestadas por la señoras senadoras Xavier y Passada.

En primer lugar, según el área a ser abordada y la población que involucra, el problema es esencial para esa porción de la población: no hay tema más importante para la sociedad uruguaya hoy, que todo lo relacionado, en este caso, con la psiquiatría. Pero si se van ustedes y vienen los psicólogos, el problema más importante es el de los psicólogos, y lo mismo sucedería con los anestésico quirúrgicos. Así, todos los días con justa razón para esa porción de la sociedad –en este caso, para lo que están denunciando–, el suyo es el problema central. Hoy nos plantean uno que hace a la función que cumplen, a la vocación que tienen y a la profesión que abrazaron, y a un conjunto de seres humanos que atienden y que es la prioridad absoluta de su tarea.

Ahora, como contrapartida, uno va aprendiendo cosas, no es que las sepa de toda la vida: si fuera tan fácil resolver todo con una ley, no habría hambre, guerra, miseria ni injusticias. Si se sancionara una ley que prohibiera el hambre, mañana desaparecería el hambre en el Uruguay y en el mundo. Sin embargo, por más que esté escrito en la Constitución que todos tenemos derecho a la salud y a la vivienda, no todos tienen atención de salud ni todos tenemos vivienda. Y estos son los problemas que después la sociedad debe ir resolviendo. Uno se da cuenta que hay un orden de prioridades y que para esto no hace falta una denuncia ni que nos percatemos que estamos frente a un problema, o que es verdad lo que dicen –porque si no lo denuncian ustedes, lo harían los usuarios o lo padeceríamos en el entorno de la familia–, sino que se requiere tener un margen de presupuesto para abordar estas tareas. Seguramente, en algunos casos, para tener instituciones, locales, salarios mejor pagos, mejores condiciones laborales, se necesitan también partidas presupuestales. Como lo decía la señora presidenta en su intervención, a la hora en que uno tiene que discutir el presupuesto general de la nación, lo estira como un chicle; tiene que ver a quién le saca y a quién le da. Es un tema de orden de prioridades. Lo peor de todo es que siempre se está sacando de algún lugar, y no es porque no haga falta sino porque, la mayor parte de las veces, es donde menos patalean. Entonces, allí tenemos un segundo o tercer problema.

De verdad que nosotros somos receptivos. Me pasa mucho con los colegas. Nosotros no solo nos peleamos, no solo discutimos. Los distintos sectores políticos muchas veces defendemos con pasión nuestras ideas, pero somos receptivos de los problemas que se nos plantean, y estamos frente a uno. No creo que este problema se resuelva solo con una ley, sino que haría más énfasis en lo que ustedes están haciendo: divulgar, informar e involucrar a más cantidad de gente buscando alternativas y soluciones.

Ustedes señalaban –y los escuchábamos con atención– que han logrado instalar una mesa de diálogo. Me animo a decir que no es solo por la denuncia pública, aunque debe estar jugando. Ustedes dicen que ocurrió gracias a la denuncia pública, pero también es porque hay sensibilidad desde la otra parte. Nos consta. Por aquí ha pasado varias veces el directorio de ASSE, que también nos ha informado de este y de otros problemas que tiene la salud pública en nuestro país, la salud en general.

Recuerdo que una vez –y con esto quiero terminar–, debatiendo y discutiendo sobre algunas necesidades que había, se nos hizo notar que, en algunas especialidades –no sé si esta específicamente–, se hacían llamados para los hospitales del interior, pero no había quienes se anotaran porque no era bueno el salario o porque la inmensa mayoría viene, estudia en Montevideo y luego se queda porque instaló su estudio, porque acá trabaja en dos sociedades, en un hospital público y uno privado, etcétera, y deja de ser atractivo atender en la localidad donde nacieron. Esto también ocurre. Es parte de un problema y no lo solucionamos con una ley. Y cuando a veces uno intenta pensar en una alternativa para ver cómo incentivar para que un profesional, igual que el de acá, gane el doble en otro lugar, seguramente reciba alguna denuncia porque se está haciendo algo que no está muy bien regulado.

La idea, señora presidenta y compañeros visitantes, es decir que sí somos sensibles al planteo, sí somos conscientes de que estamos frente a un problema. Estaremos dispuestos a colaborar, a ayudar en esa mesa de diálogo, en las convocatorias que se hagan con ASSE y en las cosas que ustedes nos informen. Porque si lo único que pudiéramos hacer es reproducir o amplificar la voz, también lo haríamos.

Gracias.

SEÑOR BESOZZI.- Agradecemos a las sociedades que han venido a visitarnos y a prendernos una luz de alerta sobre algo que escuchaba por allí. Se votó una ley de salud mental que es buena, pero luego parece que siempre cuesta darle los recursos humanos y económicos. Pero creo que es bueno que hoy estén aquí.

Escuchaba al señor senador Castillo decir que siempre viene otro y todos quieren. Nuestro gran desafío como gobernantes es tratar de llegar y de atender a todos por igual y de la mejor manera, más cuando se trata de la sociedad más vulnerable. A veces pasa que familias enteras tienen esta problemática y no encuentran respaldo.

Soy del interior y recién le comentaba por lo bajo al señor senador Garín que en el hospital de Mercedes se jubiló un psiquiatra y no quedó nadie en su lugar. Creo que ahora hay un joven ocupando ese puesto.

Creo que es bueno que nuestros invitados estén acá –vuelvo a decir– porque son una voz de alerta para quienes han trabajado y muy bien –hablo de quienes más entienden del tema– en una ley de salud mental; me refiero a que, luego de elaborar algo tan bueno como una ley en la que se trabajó tanto, nos cuesta enormemente darle las estructuras suficientes –hablando de lo humano y también de lo económico– para que, como dije anteriormente, funcione de la mejor manera.

Así que tenemos que atender estos planteos; somos receptivos a lo que nos traen nuestros invitados y trataremos de hacer cosas para mejorar estos aspectos.

Muchas gracias, señora presidenta.

SEÑOR GARÍN.- Señora presidenta: también me sumo al agradecimiento por la presencia de nuestros invitados y, esencialmente, por dejarnos un documento muy elaborado, muy sustantivo. Me parece que estos intercambios son bien importantes porque quienes estamos hablando, en última instancia, somos los que estamos en la primera fila en lo que tiene que ver con la elaboración de la ley y nuestros invitados son parte de quienes están en la primera fila de la implementación de la ley. Entonces, ¡vaya si deberíamos tener más idas y vueltas de esta naturaleza! En realidad, cuando uno habla de salud está aludiendo a un derecho del ciudadano y cada uno tiene que hacer la cuotita que le toca. ¡Ojalá sigamos construyendo, en nuestra democracia, esos vínculos de intercambio cotidiano y distendido, trayendo problemas, preocupaciones y eventualmente soluciones, como creo que hay aquí, en este documento que nos han traído!

No voy a agregar más valoraciones porque comparto lo que han dicho mis colegas, tanto senadoras como senadores; solo voy a plantear dos preguntas más.

No leí el documento; lo iba siguiendo más o menos en la medida en que lo presentaban, pero la impresión general que me dejó luego de esta primera escuchada fue que están identificados bastantes problemas de la implementación de la asistencia a la salud mental en ASSE, que es el único prestador público. La pregunta es: ¿estos problemas no existen en los prestadores privados? Esa es la pregunta concreta porque, si así fuera, tenemos un problema en un lugar y en otro no. Capaz que me dicen algo al respecto, no sé, pero me quedé con esa impresión.

La segunda pregunta la voy a plantear porque aquí deben estar representadas casi todas las asociaciones de profesionales; nuestros invitados deben estar cubriendo buena parte de los profesionales de la siquiatría del país. Entonces, la otra pregunta es: ¿tienen alguna cuantificación de la presencia de sus colegas por regiones? Me alcanza una primera región: área metropolitana – resto del país, pero capaz que nuestros invitados tienen alguna subregión en el resto del país y ¡bienvenido sea!, porque es una manera de expresar lo mismo que dijeron los colegas un poco antes.

Muchas veces uno sale al interior y se encuentra con que en este problema hay limitantes de infraestructura y organizativas, pero me ha pasado, en más de un lugar, que encuentro que está la infraestructura y no el especialista. No estoy hablando de Artigas sino, a veces, de lugares a menos de 200 kilómetros de Montevideo, de la plaza Independencia. La pregunta es esa.

SEÑORA SILVA.- Voy a empezar por el principio.

Capaz que cuando uno escribe muchas cosas se pierde un poco algunos ejes. El tema presupuesto lo tenemos claro y tomo la posta, asumiendo la responsabilidad de lo que plantea la señora presidenta, en cuanto a que ese tema se juega en la próxima legislatura. Lo tenemos claro, repito; de cualquier modo, tenemos que plantearlo porque creemos que forma parte de una realidad política institucional.

Por otro lado, la colega y presidenta, doctora Xavier, hablaba de desentendimiento –fue la palabra que utilizó– y creo que ese no es un tema menor. Cuando uno piensa en la gestión de instituciones enormes como lo es ASSE –que cubre el 80 % de la población del país y es el mayor prestador de salud del Uruguay–, sabe que, obviamente, es un tema complejo –eso también lo tenemos claro– y somos conscientes de que las tensiones que se producen entre las diferentes áreas del quehacer médico son complicadas.

¿Qué es lo que nosotros vemos? Más allá del tema presupuestal, de los recursos, hay un asunto que tiene que ver con cómo solucionamos este desentendimiento entre las áreas y esto es gestión. Me refiero a cómo gestiono los recursos que tengo para tratar de priorizar o no alguna línea de

intervención. Esto es como cuando en cualquier institución uno piensa cuál es su línea programática, su misión y su objetivo de trabajo. Mi línea programática en lo que hace a la salud mental –y estamos todos de acuerdo– es fortalecer a los equipos de territorio en primer lugar. Pero si los equipos de territorio que tengo funcionando bien se desarman para ir a sostener a otros equipos, en realidad, no estoy dando cumplimiento a la ley y a lo que todos sabemos que es la única manera de proteger la salud mental de la población. Entonces, en cierto modo nosotros reclamamos esa línea, que es una línea política, programática, de gestión. Esto tiene que ver con ese desentendimiento entre los diversos actores institucionales vinculados con la gestión de los recursos humanos destinados a la salud mental o al resto de la salud, por llamarle de alguna manera, de la población en general. Este es uno de los reclamos. ¿Por qué quiero insistir en él? Porque si bien necesitamos recursos, también los podemos ordenar y organizar de alguna otra manera, de forma de poder proteger.

Este es uno de los puntos que me parecía importante resaltar y que tiene que ver con parte de los obstáculos que uno tiene que detectar en momentos en que el Ministerio de Salud Pública está terminando de programar y armar el plan para presentar en octubre. Entonces, es importante que venza esos obstáculos. Y tenemos que alivianarlos antes porque, si no, el plan tampoco se va a poder implementar. El plan está muy ordenadito y habla de diferentes actores. Aquí tomo la posta de la interinstitucionalidad: somos muchos los actores institucionales que jugamos partido acá, no es solamente ASSE. Y menciono algo que se dijo acá: si bien el sistema privado de prestadores tiene otras dificultades –que, indudablemente, las tiene–, hay muchos actores más, está el INAU, el Mides, el programa Cercanías –desde los Equipos Territoriales de Atención Familiar, los ETAP, en adelante–, la educación. Claro que tenemos que armar acuerdos para llegar a esto, pero obviamente el prestador de salud tiene que ser la cabeza, el que lidere ese proceso.

El señor senador Castillo hablaba de que obviamente cada quien va a defender lo que considera que es su *métier* y su punto más importante, pero el tema es que nuestro país tiene uno de los índices más altos de suicidio en adolescentes, el más alto de toda América Latina. Nuestro país tiene más de 60.000 niños con patologías psiquiátricas diagnosticadas; podemos llenar más de un estadio con ellos. Este no es un asunto menor y más allá de que me competa por lo que elegí como profesión, si lo miro como un tema vinculado a la salud pública y a la salud poblacional, veo que es grave. Yo no le voy a quitar peso al Hospital de Ojos, al tomógrafo ni a la resonancia magnética, que también son imprescindibles, pero como la salud mental no tiene que ver con infraestructura se pierde, parece que no se ve y nosotros queremos hacer visible esto que está como invisible. Si yo tengo un tumor y el cáncer se ve en una resonancia, enseguida todo el mundo va a mirar y va a buscar el mecanismo para atenderme, pero si estoy triste, no se mira, porque parece que fuera la vida y no lo es, es la enfermedad mental. Entonces, como psiquiatras, tenemos la obligación de ponerlo de manifiesto.

Con respecto a lo que se mencionó de los cargos, es real: ha habido cargos de alta dedicación que no se han llenado y hoy en día no hay más, pues están ocupados por otras especialidades. Esto tiene muchas miradas que no sé si tienen que ver solamente con la propuesta y con muchas otras cosas, entre ellas, con las condiciones de trabajo, que básicamente es uno de los aspectos que estamos reclamando. Las condiciones de trabajo no hacen solamente al salario, sino que hacen al equipo, a que no puedo estar solo haciendo la tarea. Yo no le voy a decir al cirujano que vaya y opere si no tengo enfermera, instrumentista; a nadie se le ocurre decirle eso. ¿Por qué se le dice al psiquiatra que vaya y atienda, cuando el resto del equipo no está? Porque cuesta entender que es una intervención calificada que también requiere de un equipo calificado; solo no se puede. Aquella medicina de hace cien años, en la que el médico atendía solo en el consultorio, no existe más.

Pido a mis compañeros del interior que tomen la posta con respecto a los recursos porque eso no me corresponde.

SEÑOR BIANCHI.- Soy coordinador de mi gremial y agradezco que nos reciban en su ámbito de trabajo. Pido disculpas por haber llegado tarde y si bien no es una excusa, quiero que sepan que uno venía de Treinta y Tres y el otro de Florida.

En lo personal, me pareció muy rico el intercambio entre el grupo de colegas que están trabajando en el territorio y ustedes, que fueron quienes participaron de la génesis de la ley. Muchas veces se crean leyes y documentos que buscan la perfección pero a la hora de implementarlos surgen los errores y hay que hacer ajustes. Creo que estas instancias se deberían repetir en todos los lugares y es lo que estamos propugnando en FEMI.

Si mal no recuerdo, hace un poco más de un año estuvimos hablando de lo que mencionaba el señor senador Castillo en el sentido de que cada sector lo siente como propio y empodera el reclamo

en cuanto a los recursos que le faltan; eso es totalmente lógico y la humanidad es así pero nosotros representamos a las 3.000 almas de los colegas de las diferentes especialidades del interior y vemos que hay algo que transversaliza todo. Recordarán que hace aproximadamente un año y medio estuvimos aquí para plantear la problemática de los médicos rurales, que cada vez son menos y hasta el día de hoy seguimos batallando para que tengan su espacio de trabajo. Entendemos que brindar calidad de asistencia en el interior profundo del país muchas veces no tiene que ver con más dinero sino con ingenio. El cuanto a los cargos vacantes de alta especialización concuerdo con lo expresado por mi colega en el sentido de que muchas veces no se soluciona con dinero. Es un problema multifactorial que requiere una solución integral. En la actualidad, si bien hemos logrado voltear bastante la cara, lo cierto es que tenemos una UdelaR muy centralista y plantear facilidades era como pegarse contra una pared. Muchas veces el colega que va a trabajar al interior no tiene ese apoyo y eso es lo que busca. Entonces, el problema no se soluciona solamente con mejores salarios sino con condiciones laborales. Aquí se mencionó el ejemplo de lo que sucedió en Soriano que tenía que ver con un colega joven pero en Treinta y Tres el médico se jubiló y en el pabellón no quedó nadie; no hay psiquiatra. Esa es la realidad del interior: los médicos se jubilan, la tasa de recambio es muy baja y quedan sectores o departamentos enteros sin especialistas.

Para nosotros este es un tema serio y la descentralización es fundamental. Sé que a nivel del Sistema Nacional Integrado de Salud se ha progresado y mucho; me retrotraigo a más de catorce años y la realidad era totalmente diferente. Puedo dar fe de ello pero me parece que hay que avanzar más porque el relevamiento que hicimos en la Federación Médica del Interior nos demuestra que poco a poco nos vamos a quedar sin médicos especialistas radicados en el interior, si no les ofrecemos otro tipo de atractivo. No es meramente económico, sino que con ingenio, con este tipo de ámbitos en el cual está el generador de la ley y el efector, o sea, en un intercambio constructivo, logramos mucho.

Vuelvo a agradecerles y quedamos a las órdenes para llevar esta propuesta constructiva de trabajo para todo ámbito en el cual se nos invite.

SEÑOR AYALA.- En primer lugar, quiero saludar a todos los integrantes de la comisión y aclarar que soy de Florida y represento a la Federación Médica del Interior.

En segundo término, quiero disculpar a la presidenta de FEMI, Patricia Nava, que en este momento se encuentra en una actividad en Salto y Paysandú, que tiene que ver con lo que recién estaba diciendo Osvaldo Bianchi, en el sentido de que ella es psiquiatra infantil y tendría que estar acá, pero yo estoy haciendo de suplente, porque está participando de una actividad que la Facultad de Medicina está impulsando para que de una vez por todas la carrera de medicina se pueda desarrollar íntegramente en Salto y Paysandú, en la regional norte. Es increíble porque hace muchos años que se puede hacer allá el primer año de facultad, pero para segundo y tercero tienen que venir a Montevideo y después de cuarto en adelante se hace en Salto y Paysandú. Como decía Osvaldo Bianchi, el tema de los recursos humanos es el talón de Aquiles de esta ley y, más allá de esta ley, del Sistema Nacional Integrado de Salud, que no se puede abordar desde una perspectiva económica; no es económica, ni siquiera con recursos económicos vamos a solucionarlo, ya que no solo pasa acá, sino a nivel mundial. Se ha centralizado tanto en el área metropolitana el tema de los servicios, de los mejores salarios, de las condiciones de trabajo y desarrollo de vida, que llegan a Montevideo personas del interior que a los veinte y pico de años hacen su proyecto de vida, se relacionan de otra manera, proyectan su familia en ese lugar y no vuelven. Entonces, es un tema muy complejo que el Sistema Nacional Integrado de Salud, la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados y las cátedras deben abordar, porque si no lo hacemos íntegramente –tal como decía el doctor Bianchi– en poco tiempo no habrá médicos de ciertas especialidades y los pacientes están allí, la gente está en su lugar, son sujetos de derecho.

Saludo al Sistema Nacional Integrado de Salud, pero nosotros desde la FEMI ponemos esa luz amarilla. Además, cuando hablamos de prestadores privados y públicos y de un Sistema Nacional Integrado de Salud, debemos de tener presente que esto se aborda desde lo global y nosotros necesitamos ámbitos de complementación reales para que esos recursos humanos que llegan, se queden y trabajen para la integralidad de la población.

Realmente, quería saludar este intercambio, pero para que esto se visualice como un tema importante y que a mediano plazo tomemos medidas concretas que involucren a todos los actores.

SEÑOR ALMADA.- Quería hacer hincapié en uno de los aspectos.

Aquí se señalaba el tema de las prioridades, es decir, a qué dar prioridad en la serie de reclamos que se hacen. La salud mental, ¿es una prioridad? Para nosotros, evidentemente lo es, pero

si lo es o no para el país es un tema ajeno a nosotros. El senador Juan Castillo decía que muchas veces quienes generan las prioridades terminan siendo quienes más patalean y los pacientes con enfermedades mentales patalean poco. Y ese es uno de los problemas por los que muchas veces no terminan generando las cosas que requieren. Hay una situación respecto a las prioridades y a lo que se está haciendo, por la que el país, a través del Poder Legislativo, aprobó una ley de salud mental que es muy ambiciosa y que establece muchos cambios y radicales. Entonces, en función de eso, uno diría que aquí se está estableciendo una prioridad. Pero, además, se estableció una serie de cambios, con una fecha límite –2025– para el cierre de las estructuras. A mí me hubiese gustado –sé que es una ley que ya fue discutida y es un tema saldado– que en vez de establecer una fecha límite de cierre, se hubiese fijado una fecha límite de apertura. Lo que se observa hoy –y que representa un problema– es que en la ley votada en el 2017 se estableció el cierre de estructuras para el 2025, pero actualmente la curva de cambios es contraria a lo que es necesario establecer. Esa es la situación más preocupante de todas. El riesgo y la preocupación es que ocurra en Uruguay lo que ha pasado en muchos otros lados, es decir, que al establecer leyes de desinstitucionalización ocurran –como decía el documento– grandes desastres de salud pública y los pacientes queden desatendidos y en la calle. Parecería que eso va a ocurrir en Uruguay si se sigue en este rumbo.

Con respecto a la desatención en las periferias, podemos decir por ejemplo que Ciudad del Plata, que tiene decenas de miles de pobladores, no cuenta con ningún psiquiatra; por su parte, en Las Piedras, también con decenas de miles de pobladores, atiende una sola psiquiatra y hay una colega en El Cerro que atiende ella sola a mil pacientes. Entonces, para poder cerrar hay que promover la periferia y los centros que van a sustituir a los hospitales. Sin embargo, hoy en día ocurre lo contrario y esa es la gran preocupación.

SEÑOR CÁCERES.- Creo que el compañero estaba planteando, sin duda, el aspecto más importante. Pienso que si bien hay una fecha para cerrar estructuras, en realidad ya se cerró, porque no se siguió ingresando personas y a la vez no se les dio destino. Esto es muy grave. Evidentemente, se cierran las colonias y los pacientes están dentro pero no se puede seguir ingresando más pacientes; esto se comprende, porque de lo contrario seguiríamos hipertrofiando el sistema. En realidad, todas las sociedades coincidimos en que la ley de salud mental es buena, pero el problema es que se cierra ese lugar pero no se prevé abrir estructuras alternativas, aunque sea algunas y con recursos económicos menores. Pensamos que eso es un tema muy importante.

Por otro lado, pedimos concretamente que en la descentralización de ASSE se dé autoridad a salud mental de ASSE mismo. Se trata de autoridades que merecen nuestro respeto, que tienen el conocimiento necesario y a las que se consulta en forma tradicional pero no son privativas en los criterios que luego sigue cada centro para distribuir sus recursos. Pensamos que sería importante que se les dé más injerencia; en realidad, ellos mismos lo han solicitado y cada una de las sociedades considera lo mismo, es decir, que hay que dar más injerencia al directorio de salud mental de ASSE.

También hay que buscar alguna solución rápida para las internaciones que se están haciendo en malas condiciones en todos lados. Yo no sé cuál sería la solución, pero en este momento, al cerrar la entrada a Ceremos, se ha hipertrofiado aún más el Vilardebó, que menos aún puede dar cabida a estos otros pacientes de los que estamos hablando. Esta situación está trayendo un montón de dificultades. Si bien hay una cantidad de psiquiatras que hace decenas de años que estamos trabajando, es comprensible que otros se sientan inseguros en este sistema, más allá de los sueldos, y piensen dos veces antes de ocupar un cargo. Pero todo se complejiza. Se precisa que vaya a un lugar en el que pueda decir: «Yo atiendo en las condiciones mínimamente adecuadas, le doy cierta seguridad al paciente, lo que yo sé puedo volcarlo y la atención puede dar un determinado resultado y no me veo implicado en una situación catastrófica de salud pública».

Son tres grandes puntos –quizá algún compañero quiera destacar otro– que creo que son los más graves. Alguno tiene cierta facilidad de solución, otros no tanto.

No sé si falta redondear algún punto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quedó sin responder la pregunta de cómo ven la realidad en la salud privada, pero les pedimos que la respuesta sea breve porque los señores senadores se están retirando dado que tienen que asistir a otras comisiones.

SEÑORA SILVA.- La salud privada tiene algunas condiciones laborales que pueden ser más amigables: se tiene un buen lugar donde trabajar, en algunos lugares hay equipo, la población a

atender puede responder a los tratamientos y exige menos acompañamiento del equipo. De cualquier manera, las listas de espera son largas y el tiempo destinado no alcanza.

El desafío de las internaciones de agudos en los centros privados también va a ser un gran desafío cuando el plan se implemente como tal. No existen lugares en donde internar; son muy pocos, por lo menos en Montevideo, los centros que tienen la opción de una internación por salud mental y, en el caso de infancia y adolescencia, ninguno. El único centro de internación de casos agudos de niños y adolescentes que existe en el país está gestionado por el INAU, ni siquiera por ASSE. Por lo cual, ni público ni privado, no hay ningún centro.

Si tengo que internar, con un episodio agudo a un adolescente de doce, trece o catorce años en el ámbito privado, va a estar en el sanatorio común –Evangélico, Casmu, cualquiera; lo que es horrible como condición de internación de un adolescente, por ejemplo, deprimido–, sin condiciones de seguridad, o va a ir a un sanatorio psiquiátrico de adultos, contraviniendo la convención y el código. Es decir que tenemos muchas fragilidades, ¡enormes!

Si bien se avanzó mucho con los comités de recepción, con la opción de los abordajes terapéuticos –fueron avances importantes los logrados en la implementación del sistema de salud–, aún hoy hay lista de espera. Yo, que no soy ninguna eminencia ni grado 5, a nivel del mutualismo tengo horas para dentro de cuatro meses. Si yo hoy veo a un paciente y le receto comenzar una medicación –lo que no debería hacer nunca en la primera consulta, pero, por ese apremio, lo hago–, voy a controlar la medicación dentro de cuatro meses. ¡Espantoso! Realmente, está mal. Eso es lo que puedo decir yo.

SEÑOR CASTELLI.- Me gustaría transmitir, a través de mis palabras, algún concepto con respecto al tema de la salida, del egreso de colegas, que habitualmente se da en Montevideo, y su pasaje al interior, que era sobre lo que preguntaba el señor senador Garín. Aproximadamente, de cada diez que se reciben uno, con suerte, va al interior. Esa es la proporción que tenemos. Si tenemos en cuenta que la población del interior es un poco mayor a la de Montevideo, empezamos a ver por qué esa diferencia es cada vez más compleja y más difícil.

Lo otro que quería transmitir, que también es una cuestión de proporciones, pero que es muy importante, es que si bien en algún momento puede haber un aumento de apendicitis, una epidemia de neumonías o de problemas respiratorios o diarreicos en los niños, etcétera, esos son períodos. A nosotros, en psiquiatría, en salud mental, se nos han multiplicado varias veces los números con la irrupción de las drogas en el país, sobre todo, después del año 2000. De una o dos consultas semanales por alcoholismo, pasamos a tener 10 o 12. O sea que se multiplicaron por tres, por cuatro la cantidad de consultas por adicciones. Eso genera un problema muy importante porque la adicción no es solamente un problema de la persona sino también de la familia. El familiar es un emergente y una persona que se siente totalmente desposeído de posibilidades de manejar una situación. No es como sucede con otros pacientes, que se puede acompañar. En el caso del adicto es al revés: te manipula y te lleva a cosas que vos no querés.

El equipo, que es lo que hemos estado señalando y subrayando como un factor fundamental en materia de salud mental, se nos ha distorsionado muchísimo con toda esta gestión de ASSE. Este organismo ha aumentado enormemente el número de consultas, lo que también llevó a una situación muy compleja. Por supuesto que la falta de posibilidades de resolución también es algo importante. En definitiva, es un conjunto de cosas que se han sumado y que han llevado en el interior a tener un problema muy importante de volumen, de cantidad y de calidad de reclamos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estoy repasando lo que nos habían dado en cuanto al número de los recursos humanos en los equipos de salud mental de ASSE. Sin duda que de 1995 al 2017, tanto en Montevideo como en el interior del país, hay un ascenso, un poco mayor en el interior con relación a Montevideo, tanto en psiquiatras para adultos como en pediatras, psicólogos, licenciados en trabajo social, auxiliar de enfermería, administrativos, técnicos en rehabilitación. Y queda claro que en algunas de esas profesiones no se llega a dos por departamento. Entonces, por más que hay incremento, las demandas van mucho más rápido y los problemas son muchos. Además, hay que tener en cuenta que estas situaciones no solo se arreglan con dinero, sino que hay que tomar en cuenta varios puntos más.

Vamos a mandar esta versión taquigráfica a las autoridades de ASSE porque estamos culminando el funcionamiento ordinario de la legislatura. A los efectos de seguir interactuando en este asunto, por lo menos, trasladamos eso ya que no vamos a tener tiempo de citar a ninguna autoridad.

Gracias por venir.

–Se levanta la sesión.

(Son las 16:33).